Douleurs thoraciques : la part du fonctionnel et de l'organique

D'après la communication de F. Godart, service des maladies cardiovasculaires infantiles et congénitales, CHRU de Lille,
au Congrès des Sociétés de pédiatrie, Paris, 16-19 juin 2010
Rédaction : C. Faber

Les précordialgies constituent un motif courant de consultation en pédiatrie. Leur fréquence aux urgences pédiatriques peut, en effet, être estimée à 20 %. Ces douleurs sont très souvent associées à une angoisse de l'enfant, voire de ses parents, avec comme crainte principale celle de mort imminente et de crise cardiaque, qui n'est pas toujours exprimée de façon explicite.

Le type de douleur, précisé par l'interrogatoire, n'est pas très contributif au diagnostic. Il est plus important de rechercher les facteurs déclenchants, surtout l'effort ou un équivalent, ainsi que la notion de palpitations associées, la rythmicité de la douleur et ses irradiations éventuelles. Certains diagnostics sont relativement aisés, comme les pneumopathies, le pneumothorax, caractérisé par une douleur aiguë et une diminution du murmure vésiculaire, et l'embolie pulmonaire, facile à évoquer devant une douleur en coup de poignard, latéralisée et une dyspnée chez un patient porteur d'un plâtre.

LES PRÉCORDIALGIES D'ORIGINE PSYCHOGÈNE À L'ADOLESCENCE

Les précordialgies d'origine psychogène sont très fréquentes chez les adolescents : 20 % à 30 % selon des données américaines [1]. Le caractère de la douleur n'est pas spécifique. Elle est le plus souvent très brève, mais peut parfois durer plusieurs heures, s'accompagne fréquemment d'une tachycardie réactionnelle et n'a aucun caractère systématisé. On retrouve souvent une histoire familiale identique (près de 50 % des cas) et, surtout, une histoire personnelle particulière avec des événements comme la séparation des parents, une agression à l'école, la présence d'un handicap physique… Dans certains cas, il existe un syndrome d'hyperventilation associé et, plus rarement, une composante dépressive. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire. En général, rassurer l'enfant et ses parents suffit. Certains adolescents peuvent tirer un bénéfice d'une psychothérapie.

LES CAUSES PARIÉTALES DE PRÉCORDIALGIES

Les précordialgies peuvent survenir chez des enfants ayant **une déformation thoracique congénitale**, dont la prévalence est proche de 2 % dans la tranche d'âge onze à quatorze ans [2]. Ce contexte peut être transposé aux adolescents en surpoids ou qui ont peu d'activité physique et passent de nombreuses heures en attitude cyphotique devant un ordinateur, une console de jeux ou la télévision. L'interrogatoire ne révèle aucun facteur déclenchant de la douleur. Celle-ci a volontiers une projection précordiale, le plus souvent à gauche, et est reproduite à la palpation des jonctions sterno-costales ou vertébro-costales. Les douleurs s'exacerbent à l'adolescence pour s'amender le plus souvent ensuite. Il n'y a pas d'indication des examens complémentaires dans les formes simples. Diverses mesures peuvent être proposées à l'enfant : la pratique d'un sport, surtout la natation, l'éviction du port de charges lourdes (attention aux cartables) et la correction des attitudes vicieuses dorsales (inciter l'enfant à se redresser) et du surpoids. Quelques séances de kinésithérapie peuvent être utiles en cas de gêne plus importante. Des douleurs intenses justifient la prescription d'antalgiques banals.

Le syndrome de Tietze est une autre cause pariétale de précordialgies [3]. Cette arthrite chondrocostale rare entraîne des douleurs thoraciques aiguës, spontanées ou à la pression, parfois très intenses et calmées par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.

LES PRÉCORDIALGIES À L'EFFORT

Toute précordialgie ressentie à l'effort est par principe suspecte et doit conduire à rechercher une ischémie myocardique. Une notion très simple, mais importante dans ce cadre, est la dispari-

tion de la douleur avec l'arrêt de l'effort. L'ECG en consultation est le plus souvent normal au repos. L'échocardiographie permet de rechercher des troubles de la cinétique segmentaire et une cardiomyopathie, et de préciser le trajet des coronaires. En attendant la réalisation d'une épreuve d'effort, si la symptomatologie est évocatrice, il faut impérativement rédiger un certificat de contre-indication au sport temporaire. La positivité de l'épreuve d'effort impose une imagerie complémentaire avec, en première intention, un coroscanner.

Trois points méritent d'être soulignés :

☐ une attention particulière doit être portée dans les cardiopathies avec atteinte coronaire, comme la transposition des gros vaisseaux ou l'anomalie de naissance de la coronaire gauche après réimplantation de la coronaire, les fistules coronaro-cardiaques, les coronaires uniques, ainsi que chez les enfants ayant un antécédent d'intervention de Ross ou de maladie de Kawasaki ;

☐ un angor à l'effort peut également survenir dans les valvulopathies de type rétrécissement et insuffisance aortiques ;

☐ l'angor d'effort est fréquent dans les cardiomyopathies dilatées et les cardiomyopathies hypertrophiques.

DOULEURS PRÉCORDIALES ET ARYTHMIE

Ce contexte est extrêmement fréquent. Dans certains cas, la douleur prédomine et le patient oublie de signaler qu'il a des palpitations. Dans ce cas, le bilan complémentaire de première intention comporte un holter et un ECG.

CONCLUSION

Les douleurs précordiales sont très fréquentes chez l'enfant. L'interrogatoire et l'examen clinique permettent habituellement d'en faire le diagnostic étiologique. Elles sont le plus souvent banales et corrigées par des mesures simples. Lorsque la douleur est déclenchée à l'effort, il faut penser à l'ischémie myocardique et contre-indiquer la pratique du sport jusqu'à la confirmation ou l'infirmation du diagnostic. ☐

Références

[1] LUCKSTEAD E.F. : « Cardiovascular disorders in the college student », *Pediatr. Clin. North Am.*, 2005 ; *52* : 243-78.

[2] WESTPHAL F.L., LIMA L.C., LIMA NETO J.C., CHAVES A.R. et al. : « Prevalence of pectus carinatum and pectus excavatum in students in the city of Manaus, Brazil », *J. Bras. Pneumol.*, 2009 ; *35* : 221-6.

[3] PROULX A.M., ZRYD T.W. : « Costochondritis : diagnosis and treatment », *Am. Fam. Physician*, 2009 ; *8* : 617-20.